

第1号様式（第2条関係）

養育医療給付申請書

年　月　日

香芝市長

住 所

氏 名

電話番号

香芝市養育医療の給付に関する規則第2条の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請します。

本 人	住 所 地 (住民票所在地)	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
	現 在 在 地 (住所地と異なる場合)	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
	フ リ ガ ナ		性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	氏 名		生 年 月 日	年 月 日
	個 人 番 号			
扶 養 義 務 者	居 住 地	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
	フ リ ガ ナ		電 話 番 号	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
	氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	本人との続柄	
	個 人 番 号			
被保険者等の記号及び番号				
保 険 者 等 の 名 称				
希望する指定養育医療機関の名称及び所在地（本人現在地と同じ場合は、所在地は省略可能）				
備 考				

備考

- 1 「住所地」の欄は、住民票上の住所を記入してください。
- 2 「現在地」の欄は、現在所在する場所を記入してください。病院等に入院しているときは、その住所を記入してください。
- 3 「居住地」欄は、現在居住している住所を記入してください。帰省等している場合は、帰省先等を記入してください。